

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証番号	
診療年月	
既支給額	
支給予定額	

自己負担限度額		課税状況・所得区分	
---------	--	-----------	--

〈世帯の受診内容〉

受診 番号	受診者氏名（療養を受けた者）	生年月日	入院 外来	日数	給付種別 保険医療費	診療機関名		
	受診者個人番号(マイナンバー)	負担割合				第1公費	第2公費	一部負担金
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
第三者行為		1. あり 2. なし						

野洲市長 宛
上記のとおり医療費を支払いましたので高額療養費の支給申請をします。また、後に一部負担金の減免・未払等、交通事故等による損害賠償金の受領又は公費負担医療制度により一部負担金の負担状況が変動した場合は、保険者からの返還請求に応じることに同意します。

						年 月 日	
世帯主	被保険者証番号						
	個人番号(マイナンバー)						
	住所						
	フリガナ	電話番号					
	氏名						
☐ 公金受取口座を利用する（公金受取口座を利用する場合は、世帯主の口座に限ります。）							
前回振込口座				新規振込口座			
(振込先金融機関) 金融機関名 支店名				(振込先金融機関) 金融機関名 支店名			
(預金種目) 普通・当座		(口座番号)		(預金種目) 普通・当座		(口座番号)	
(名義人) フリガナ				(名義人) フリガナ			